



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Intervención del trabajador social en una Unidad de  
Hospitalización de Agudos.

Intervention of the social worker in an Acute  
Hospitalization Unit.

Autor/es

Andrea Ortega Romero

Director/es

Eva María Garcés Trullenque

Facultad de ciencias Sociales y del Trabajo/ 2019



## **Resumen**

Esta investigación se justifica para poner en valor e identificar la intervención del trabajador social en una Unidad de Hospitalización de Agudos

En esta investigación se pretende analizar la intervención por el trabajador social en la Unidad Hospitalaria de Agudos; comprender las funciones específicas de este en salud mental; dar a conocer la importancia de trabajar de manera interdisciplinar; e identificar los diferentes recursos de salud mental del Sector III de Salud en Zaragoza.

## **Abstract**

This research is based on the identification and the importance of the intervention of the social worker in an Acute Hospitalization Unit.

The objectives of this research are the following: to analyse the intervention carried out by the social worker; to understand their specific tasks regarding mental health; to raise awareness of the importance of working in an interdisciplinary way; and to identify the different resources for mental health at the Health Sector III in Zaragoza.

## **Palabras clave**

Trabajo social y Salud Mental, Unidad de Hospitalización de Agudos, complejidad social, especificidad.

## **Key Words**

Social Work and Mental Health, Acute Hospitalization Unit, social complexity, specificity.

## **ÍNDICE**

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	5
ÍNDICE DE TABLAS .....	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	8
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
3. METODOLOGÍA.....	10
4. CONTEXTO NORMATIVO Y SOCIOECONOMÍCO .....	12
5. PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD .....	14
6. MARCO TEÓRICO.....	16
Conceptos clave.....	16
Historia del trabajo social en salud mental.....	16
Trabajo social en salud mental.....	17
Equipo multidisciplinar.....	18
Trabajo social en una unidad de hospitalización de agudos.....	19
Alta hospitalaria .....	20
7. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL .....	22
8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	26
❖ Estancia hospitalaria.....	26
❖ Sexo.....	26
❖ Carácter del ingreso.....	27
❖ Edad .....	27

❖	Estado Civil .....	28
❖	Situación de convivencia .....	29
❖	Situación laboral.....	29
❖	Situación Económica .....	30
❖	Diagnósticos pacientes al alta .....	31
❖	Acceso al Servicio de Trabajo Social.....	31
❖	Demanda del caso al trabajador social .....	32
❖	Actuaciones del trabajador social .....	32
❖	Derivación por parte del trabajador social.....	36
❖	Análisis de la hipótesis .....	36
9.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	38
10.	CONCLUSIONES.....	40
11.	BIBLIOGRAFÍA .....	41
12.	ANEXOS.....	45

## **ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1. Mapa Asistencial Sector Zaragoza III.....	14
Ilustración 2. Estancia hospitalaria.....	26
Ilustración 3. Variable Edad.....	27
Ilustración 4. Variable Edad fragmentada por variable Sexo.....	27
Ilustración 5. Variable Servicio de Valoración y Diagnóstico Social.....	33
Ilustración 6. Variable Intervención Social.....	34
Ilustración 7. Variable Servicio de Consultoría del/ con Paciente/Familia .....	35

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental .....	19
<i>Tabla 2. Recursos Salud Mental Sector III .....</i>	<i>25</i>
Tabla 3. Media de estancia hospitalaria del total de pacientes de noviembre 2018 a abril 2019 .....	37

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Variable Sexo .....	26
Gráfico 2. Variable Carácter del ingreso.....	27
Gráfico 3. Variable Estado Civil .....	28
Gráfico 4. Variable Situación de Convivencia.....	29
Gráfico 5. Variable Situación Laboral .....	29
Gráfico 6. Variable Prestación Económica .....	30
Gráfico 7. Variable Prestación Económica .....	30
Gráfico 8. Variable Diagnóstico al Alta .....	31
Gráfico 9. Variable Demanda al Servicio de Trabajo Social.....	31
Gráfico 10. Variable Demanda del caso al Trabajador Social.....	32
Gráfico 14. Variable Derivación al alta por Trabajador Social.....	36



## **1. INTRODUCCIÓN**

La salud mental ha estado marcada a través de la historia por la exclusión social hacia aquellos que padecían la enfermedad mental. Años más tarde, continua el estigma asociado a la enfermedad mental suponiendo un obstáculo para el abordaje de esta en todos los aspectos del paciente.

Hoy en día, se estima que las enfermedades de salud mental toman valores semejantes a los de las enfermedades crónicas más habituales. Dado el incremento de los problemas de salud mental en nuestros días, he creído oportuno identificar cuáles son las funciones específicas del trabajador social en salud mental, dando a conocer la importancia de los equipos multidisciplinares en estas unidades de trabajo, identificando los diferentes dispositivos de salud mental ligados al Sector III de Salud de Zaragoza y analizando la intervención social dentro de la Unidad de Hospitalización de Agudos (UHA) del Hospital Clínico “Lozano Blesa”.

En cuanto a la estructura del trabajo, en primer lugar, encontraremos los objetivos que se quieren conseguir y la hipótesis a verificar o refutar a través de los resultados analizados.

En segundo lugar, se ha realizado una rigurosa revisión bibliográfica que pone en contexto qué es un trabajador social en salud mental, cuáles son sus funciones y su método de trabajo, concretamente, en una Unidad de Hospitalización de Agudos.

En tercer lugar, se explica con detalle la metodología de la investigación a realizar y la herramienta de trabajo elegida para recoger y analizar los datos, con el fin de reflejar aspectos del paciente de carácter clínico, sociodemográfico, laboral, formativo y social, y las funciones y actuaciones que ha realizado el trabajador social en su intervención.

Por último, se seleccionan las variables a examinar y se presenta el análisis de los resultados que se ha llevado a cabo por medio del programa estadístico SPSS v22, acompañados gráficos y tablas que los abalan, con el correspondiente análisis y discusión.

Agradecer tanto a la Trabajadora Social de la Unidad de Hospitalización de Agudos, M.<sup>a</sup> Carmen Blasco Viana por su total predisposición, acompañamiento y apoyo durante todo el estudio tanto personal como profesional, como al resto de integrantes del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico “Lozano Blesa” por la oportunidad de haberme dejado llevar a cabo este trabajo y por la ayuda ilimitada en cualquier momento requerido.

En el ámbito profesional, quisiera hacer llegar al lector el reconocimiento y la importancia que se merece a mi profesión, haciendo saber la gran variedad de ámbitos dónde se puede trabajar y la necesidad de generar puestos de trabajo, no solo por el gran número de usuarios que acuden a los servicios, sino también por el desbordamiento que los/as compañeros/as sufren en sus respectivos trabajos cada día.

## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.**

La finalidad de la investigación es mostrar cómo interviene el trabajador social de salud mental con pacientes que se encuentran en una Unidad de Hospitalización de Agudos.

Para ello se han planteado unos objetivos de carácter general y otros específicos, que se explican a continuación:

- **Objetivo general**

1. Analizar la intervención social realizada por el trabajador social en la Unidad Hospitalaria de Agudos.

- **Objetivos específicos**

1.1 Comprender las funciones específicas que realiza el trabajador social en salud mental.

1.2 Dar a conocer la importancia de trabajar de manera interdisciplinar en el equipo de trabajo de la unidad.

1.3 Identificar los diferentes dispositivos de salud mental ligados al Sector III de Salud en Zaragoza.

La hipótesis de la investigación a determinar es la siguiente: *Los pacientes que requieren una intervención por parte del trabajador social tienen una estancia media mayor en la Unidad de Hospitalización de Agudos que aquellos no necesitan este servicio, debido a una mayor complejidad social del caso.*

Para poder llevar a cabo la investigación se ha creado un cuestionario de elaboración propia cuyas variables van a contener datos de carácter hospitalario, sociodemográficos, familiares, formativos, laborales, de convivencia, sociales, y, por último, una parte específica donde queda reflejado el tipo de trabajo que realiza el profesional de Trabajo Social.

### 3. METODOLOGÍA

La técnica seleccionada para realizar la recogida de datos ha sido de carácter cuantitativa, que como define Corbetta (2007) cuenta con 5 fases:

- 1) La teoría, se determina que es lo que se quiere investigar a través de la observación de la realidad de ese fenómeno.
- 2) Continuando por la creación de hipótesis, afirmaciones provisoras de que se debe comprobar, siendo esta una formulación parcial de la teoría. La teoría es general y la hipótesis es una parte más específica.
- 3) La tercera fase de recopilación de datos se consigue por medio de la operacionalización, tanto de los conceptos como de la elección del instrumento para medir los conceptos.
- 4) Análisis de datos, a través de una matriz de datos en un programa estadístico.
- 5) Presentación de los resultados por medio de una interpretación del análisis realizado en la fase anterior.

El diseño de la investigación es de tipología explicativa, mediante la cual se va a facilitar una comprensión del fenómeno que se estudia. Pretende dar a conocer el porqué del fenómeno a estudiar buscando posibles causas o razones de los hechos, acciones, opiniones, etc., entre las variables de interés que se analizarán. Para ello no es suficiente describir lo que ocurre, sino explicar el proceso de cómo van sucediendo los fenómenos al interactuar entre ellos. (Caparrós Civera & Raya Díez, 2015)

La población objetivo de estudio corresponde a los pacientes que se encuentran ingresados en la Unidad de Hospitalización de Agudos del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

La investigación tiene una duración de 6 meses, desde noviembre de 2018 hasta abril de 2019 (ambos inclusive), correspondiendo a un estudio longitudinal debido a que se realiza de manera repetida en un periodo de tiempo. No se estableció un tamaño de muestra, sino que esta respondería a aquellos casos en los que intervenga la trabajadora social durante su estancia hospitalaria, en este caso, la muestra (n) es n= 64 del total de la población (N) que ha sido N= 158.

Se debe resaltar, que el estudio se ha alargado medio mes más debido a que algunos pacientes que habían ingresado en el mes abril continúan su estancia hospitalaria en el mes de mayo, y la recogida de datos se lleva a cabo una vez reciben el alta los pacientes.

La herramienta de trabajo que se va a utilizar es el cuestionario, instrumento de medición utilizado en la investigación por encuesta. Como señalan los autores Caparrós Civera y Raya Díez (2015), en el cuestionario utilizado se encuentran estos tipos de preguntas:

- Cerradas: contienen opciones de respuesta que ya se han delimitado previamente. La mayoría tienen esta característica.
- Abiertas: en las cuales se puede responder de manera libre sin delimitar respuestas.
- Respuesta múltiple: en las cuales hay más de dos respuestas que pueden elegirse.
- Filtro: la contestación de ésta, está subordinada a las preguntas siguientes denominadas de contingencia.

La construcción de la herramienta ha sido de elaboración propia a través de consulta bibliográfica de metodología y técnicas de investigación social en trabajo social, otras investigaciones sociales de ámbito hospitalario tanto de trabajo social clínico como trabajo social en salud mental, y a través de lo aprendido en la propia unidad al realizar las prácticas de grado, que han servido para tener una orientación y ubicación de qué es lo que se quiere reflejar y cómo se puede conseguir.

Para realizar el análisis de los resultados se ha utilizado el programa SPSS <sup>v.22</sup>, haciendo uso de la formación a través de la asignatura de Análisis de Datos Sociales y, reflejando los conocimientos adquiridos, al llevar a cabo esta etapa en la investigación.

Una vez creado el cuestionario definitivo, se ha codificado la base de datos con cada variable a estudiar con los diferentes tipos de respuesta, englobando variables cualitativas y cuantitativas. El siguiente paso es registrar en la base la información obtenida de cada cuestionario y establecer qué información de cada variable se quiere utilizar o cuáles queremos comparar para reflejar los propósitos de los objetivos y la hipótesis planteados.

La importancia de que el lector entienda los resultados como si hubiese participado en la investigación se debe tener en cuenta, por ello, a parte de la redacción y explicación, se adjuntarán documentos gráficos que faciliten su comprensión.

#### **4. CONTEXTO NORMATIVO Y SOCIOECONÓMICO**

El trabajo social es una profesión polivalente que desarrolla su actuación en diversos campos profesionales, en este caso en salud mental, la cual está vinculada a la Sanidad Pública al regentarse en el ámbito hospitalario. Por ello la investigación se rige a través de legislación que concierne al ámbito de la salud, tanto a nivel nacional como de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública: tiene por objeto establecer las bases por las cuales la población alcanzará y mantendrá el mayor nivel posible de salud a través de los programas, políticas, servicios y, en definitiva, mediante las actuaciones derivadas de los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas; con propósito de actuar sobre los factores y procesos que influyen en la salud y de ese modo poder prevenir y proteger de la enfermedad a la persona.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: en el capítulo III habla sobre la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la equiparación de la persona que tiene una enfermedad con recursos asistenciales a nivel ambulatorio, hospitalario y atención a domicilio.

Matizando la necesaria coordinación con los servicios sociales en el desarrollo de los servicios de rehabilitación y la reinserción social para una atención integral.

Ley 12/2016, de 15 de diciembre, modificación de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón: por la cual se regula el Sistema de Salud de Aragón: tiene por objeto la regulación de las actuaciones en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, para poder hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978 en su artículo 43.

Integrando través del artículo 30.F, la atención, promoción protección y mejora de la salud mental, y el artículo 53 reitera lo expuesto en el capítulo III de la Ley 14/1968, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 5/2014, de 26 de junio, Salud Pública de Aragón: teniendo por objeto establecer las bases que regulen la Comunidad Autónoma de Aragón entorno a promoción y prevención de la Salud a través de diferentes políticas, programas y servicios.

Plan de Salud Mental en Aragón 2017-2021: Apuesta por parte del Departamento de Sanidad por la mejora de los recursos y la innovación en programas, siguiendo líneas estratégicas alineadas con la Estrategia Nacional de Salud Mental y las sugerencias europeas y de la OMS, que se recogen en este Plan de Salud Mental 2017-2021.

Además, contiene una serie de proyectos como respuesta a los objetivos derivados del análisis de la situación actual y de la evaluación del plan anterior, incluyendo nuevas propuestas y acciones que se consideren necesarias.

Cartera de Servicios Sanitarios de Atención a la Salud Mental, (s.f): argumentando que la atención integral a la salud mental comprende tanto las diferentes prestaciones asistenciales y rehabilitadoras como las actuaciones encaminadas a la propia comunidad con el fin de promocionar y prevenir el riesgo que puedan padecer enfermedades de salud mental.

## CONTEXTO SOCIOECONOMÍCO

Según el documento Los determinantes Sociales en Salud Los Hechos Probados (2003), la pendiente social, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, la adicción, los alimentos y el transporte, son algunos de los determinantes que afectan a la salud de la persona de manera más frecuente. (Organización Mundial de la Salud, 2003)

Definiendo los determinantes sociales de la salud como:

determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. En particular de: la distribución de poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización u acceso a la atención sanitaria, la escolarización la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. Resume pues el conjunto de factores políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

También existen determinantes específicos en personas con enfermedad mental. Están compuestos por características individuales, factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales como el nivel de vida, condiciones laborales, protección social, entre otros. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

A través del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, los más representativos en salud mental son (Organización Mundial de la Salud, 2013):

- Situaciones de vulnerabilidad, exclusión y marginación de la sociedad,
- La pobreza, problemas de salud crónicos, grupos minoritarios, la condición sexual, entre otras.
- La violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés.
- Abuso de sustancias.
- Discapacidad y dependencia.
- Los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida.

## 5. PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD

Tras la creación del Sistema Nacional de Salud a partir de la Ley 14/1986 General de Sanidad, en cada comunidad autónoma se crea un Servicio de Salud. Dicho servicio deberá crear las correspondientes áreas, sectores y zonas de salud para prestar un servicio coordinado e integral.

El Decreto 130/1986 aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad y establece la ordenación territorial y funcional del Sistema de Salud de Aragón en Zonas de Salud, Sectores y Áreas de Salud. Esta organización territorial se mantiene en la Ley 6/2002 de Salud de Aragón.

Actualmente, la organización territorial del Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón está distribuida en cinco áreas de salud, ocho sectores sanitarios y 122 zonas de salud. El Hospital Clínico Universitario pertenece al Sector Zaragoza III, y dependiendo directamente del Servicio Aragonés de Salud.

A través de la página web del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”<sup>1</sup> podemos encontrar el mapa asistencial que nos muestra cómo está compuesto:



*Ilustración 1. Mapa Asistencial Sector Zaragoza III*

Una vez que conocida la parte general del Hospital pasamos a la parte específica que concierne al estudio, el Servicio de Psiquiatría.

Este servicio está compuesto con la Unidad de Psicopatología, la Unidad de Hospitalización de Agudos de Adultos (UHA), Hospital de Día Psiquiátrico (HDP), Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil (UCE), Unidad

---

<sup>1</sup> <http://www.hcuz.es/web/guest.jsessionid=DCEC8554A8174C4570D378BAC7DD1BC3>

de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) y en el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez, la Unidad de Salud Mental Adultos y La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

La Unidad de Hospitalización de Agudos, en la cual se va a centrar la investigación, está compuesta por 20 camas divididas en habitaciones dobles e individuales con baño. Dispone de una sala de reuniones (que puede ser utilizada como despacho para realizar entrevistas tanto con pacientes, familiares o interconsultas de profesionales); el control de enfermería donde se encuentran los monitores con las cámaras de vigilancia de la unidad, la sala de medicación y material sanitario, una sala de descanso, y un despacho para estos profesionales; un despacho para las consultas de psiquiatría; una sala de descanso con televisión, sillones y una mesa de ping-pong para los pacientes; el comedor para desayunos, comidas y cenas, y además, lugar donde se realizan los talleres de enfermería; un almacén para el material y una ducha comunitaria habilitada.

Los profesionales que trabajan en la unidad son:

- 3 psiquiatras. En algunas ocasiones están acompañados por estudiantes MIR (Médico Interno Residente) que se encuentran realizando la especialidad de psiquiatría.
- 9 enfermeros/as especializados en salud mental divididos por turnos de mañana, tarde y noche. También puede haber estudiantes EIR (Enfermero Interno Residente) que se encuentran realizando la especialidad de salud mental.
- 8 TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) y 8 celadores repartidos en turnos de mañana tarde y noche.
- 1 trabajador Social a media jornada.



## 6. MARCO TEÓRICO

### Conceptos clave

La Organización Mundial de la Salud en su constitución de 1946 definió el término salud como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la mera ausencia de enfermedad”.

Domínguez Carmona, 1989 (como se cita en Miranda Aranda, 2015:18) afirma que la salud consistiría en:

la capacidad del individuo para mantener un estado de equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, en el que este individuo esté razonablemente indemne de profundas incomodidades, insatisfacciones, enfermedad o incapacidad, y de comportarse de tal forma que asegure la supervivencia de su especie tanto como su propia realización personal o satisfacción individual.

La salud mental es definida como:

estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Trabajo Social Psiquiátrico es: “*aquella modalidad de trabajo social sanitario o del trabajo social clínico que se ejerce en el ámbito de la salud mental*”. (Idareta, 2018)

El rol del trabajador social en salud mental debe aportar calidad al producto sanitario desarrollando procesos de intervención social en las organizaciones sanitarias. (Garcés Trullenque, 2010, pág. 95)

Friedlander, 1961-1985 (como cita Idareta, 2018)

El Trabajo Social psiquiátrico es trabajo de investigación de casos emprendido en cooperación directa y responsable con la Psiquiatría, con el objeto de ayudar a los pacientes que adolecen de trastornos mentales o emocionales. Recientemente, se ha aplicado también el trabajo de grupo y la terapia de grupo en el Trabajo Social Psiquiátrico. (Idareta, 2018)

### Historia del trabajo social en salud mental

A principios del siglo XX, en Estados Unidos se incorporan los primeros trabajadores social en los hospitales psiquiátricos con la función de dar una respuesta social, por un lado, a la cronicidad de las personas que padecían trastornos mentales, y por otro, a la existencia de un gran número de manicomios que había en ese momento. De manera progresiva, los psiquiatras de las diferentes instituciones se empiezan a dar cuenta del papel fundamental que realizan los trabajadores sociales desde lo social, y deciden incluirlos en los equipos de Salud Mental, a iniciativa del psiquiatra Adolph Meyer. (Garcés Trullenque, 2010)

Sin embargo, como cuenta Garcés (2010), en España no será hasta los años 50 cuando se integra la profesión de trabajo social en salud mental, a través de la Escuela de Trabajo Social en Barcelona a través del Dr. Sarró.

Según Liliana Kennel (2008), en los primeros años su función en las unidades de salud mental era comprobar y completar la anamnesis con el personal de enfermería, hasta llegar a ser el encargado de solucionar innumerables problemas de índole social que iban de la mano de la propia enfermedad, como, por ejemplo, identificar los problemas, definirlos y actuar a través de la intervención terapéutica. Del mismo modo que las responsabilidades y labores iban aumentando, también lo hacía su número, debido a la efectividad y necesidad de trabajar los factores sociales con la enfermedad.

La intervención por parte del trabajador social no solo es necesaria en el momento de crisis del paciente, ya que actúan en momento anteriores, mediante la prevención, para intentar evitar llegar a este momento y, posteriormente, a través del seguimiento en su proceso de rehabilitación (Liliana Kennel, 2008).

### Trabajo social en salud mental

Según los autores Gómez Lavin y Zapata García (2000) para estudiar cualquier enfermedad mental se debe tener en cuenta en todo momento los aspectos psicosociales del paciente, ya que éstos y los aspectos psíquicos se encuentran interrelacionados.

Muchas de las alteraciones que sufren las personas que padecen una enfermedad de salud mental pueden estar influidas por distorsiones en el medio social y familiar, de ahí la importancia de la valoración psicosocial del paciente. Este aspecto puede observarse con claridad a la hora de dar el alta a los pacientes, pues el trabajador social conoce el soporte, los recursos y el estado de su entorno social para poder llevar a cabo el seguimiento y la rehabilitación adecuada para mantener la clínica estable en su día a día, en caso de ser necesario, además de prestar tratamientos y entornos satisfactorios para los enfermos, impidiendo su aislamiento y marginación y facilitando vías de expresión emocional y estrategias catárticas; o efectos perturbadores como aportación de roles estresantes o desarrollando personalidades vulnerables. (Gómez Lavin & Zapata García, 2000)

Pese a que el entorno económico, laboral o sociocultural puede encontrarse afectado por este tipo de enfermedades, las consecuencias se aprecian de forma especial en el ámbito familiar debido a que se pueden generar actuaciones por parte del enfermo como el aislamiento social, la pérdida de autonomía, riesgos para su salud etc., convirtiéndose en un problema común para todos los miembros que lo componen, y pudiendo tener consecuencias negativas por todo ello, ya sea por la incompreensión de la enfermedad, la no aceptación de la misma, un sentimiento de culpabilidad o un deterioro de las relaciones de convivencia. También se debe tener en cuenta las características demográficas y los aspectos socioculturales para la comprensión estructural y dinámica social de la enfermedad. (Gómez Lavin & Zapata García, 2000)

A través de la relación psicoterapéutica profesional-paciente, se estimula las capacidades personales del paciente y le otorga de herramientas y recursos, dentro de su contexto social, para percatarse de su malestar y lo pueda modificar gradualmente. (Ituarte Tellaeche, 2017)

En la Cartera de Servicios Sanitarios de Atención a la Salud Mental de Aragón (s.f) se pueden identificar los servicios básicos de trabajo social:

- Estudio de las necesidades sociofamiliares: entrevista familiar, visitas a domicilio, coordinación con otros profesionales.
- Información, asesoramiento, acompañamiento, gestión y derivación para prestaciones.
- Diagnostico social.
- Elaboración, gestión, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Intervención elaborado:
- Elaboración del Proyecto de Intervención Sociofamiliar
- Ejecución del Proyecto de Intervención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.
- Evaluación de la intervención.
- Seguimiento.
- Coordinación con Servicios Sociales y otros Sistemas de Protección Social.
- Estudio, valoración y priorización de las necesidades sociofamiliares.
- Escalas de discapacidad social. (Gobierno de Aragón, s.f)

Con relación a la intervención de trabajo social, es de gran importancia la realización de la valoración social mediante la herramienta propia, la historia social, enmarcando aspectos sociales, económicos, familiares, de formación, laborales, vivienda, salud, haciendo una gran recogida de información y trasladándola al equipo de trabajo para una mejor intervención en las áreas donde se detecten déficits. (Gómez Lavin & Zapata García, 2000)

#### Equipo multidisciplinar

Según García 2004, (como cita Garcés Trullenque, 2010) el trabajo dentro del campo de salud mental se caracteriza por una intervención interdisciplinar, es decir, está compuesto por un equipo de diferentes profesionales, con diferentes modelos teóricos, ofreciendo integración, coherencia y articulación para que las actuaciones con los pacientes sean eficaces y de calidad.

El conjunto de profesionales posee un enfoque o unos objetivos comunes e igualitarios a la hora de aportar información haciendo, en la mayor medida posible, una organización conjunta del trabajo a todos los niveles, con una visión global de las cuestiones surgidas teniendo en cuenta la situación clínica, social y humana de la persona, evitando en todo momento la yuxtaposición de las funciones de los mismos. Otra de las características estos equipos es que contienen espacios y lugares comunes donde estudian la situación de cada uno de manera individualizada, y proponen estrategias y posibles soluciones del procedimiento a seguir para la recuperación del paciente. (Ramírez de Mingo, 1992)

Ramírez de Mingo (1992) expone algunas características que describen a estos equipos y señala algunas directrices para que estén bien constituidos:

- Concretar los fines y propósitos compartidos para alcanzar los objetivos marcados en la intervención del paciente.

- Establecer unas bases que requieren de una serie de características que lo hacen posible y lograrlo de manera más fácil.
- El grupo debe estar constituido por un lenguaje común y cada miembro debe conocer el modelo de comunicación para poderse comprender y valorar cada postura.
- Disponer de un nivel de confianza para poder tratar cualquier tema que pueda surgir sin necesidad que llegar a un conflicto.
- Tener una relación de interdependencia donde se tengan en cuenta los unos a los otros.

#### Trabajo social en una unidad de hospitalización de agudos

Existen distintos dispositivos asistenciales de salud mental en los cuales puede intervenir el trabajador social que podrán verse más adelante.

En esta ocasión nos centraremos en las unidades de hospitalización de agudos (U.H.A), que son unidades de corta estancia para pacientes mayores de edad que se encuentran en una fase aguda de su enfermedad y puede producir un riesgo psicopatológico.

Según el Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en Cataluña (s, f) estas son las funciones que los trabajadores sociales tenemos dentro de una unidad de hospitalización psiquiátrica:

<b><u>FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UHA</u></b>		
<b>ATENCIÓN DIRECTA</b>	<b>ATENCIÓN INDIRECTA</b>	<b>FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>
Trabajo individual o familiar	Coordinación entre servicios	Formación
Trabajo directo con el usuario	Trabajo comunitario	Docencia
Trabajo con familias	Gestiones	Investigación
Trabajo dirigido a utilizar recursos	Documentación	
Trabajo grupal	Planificación	
	Asesoramiento y apoyo	

*Tabla 1. Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental*

El modelo que se utiliza para tratar a los pacientes de esta unidad es fundamentalmente el de crisis, debido a que requieren una respuesta inmediata y puntual, ya que la intervención se realiza dentro de un período corto de tiempo por las características de la unidad.

Según los autores Fernández García y Ponce de León Romero (2012), el trabajador social orienta y dirige al paciente para poder confrontar una crisis o un episodio puntual poniendo de manifiesto la fragilidad y vulnerabilidad de esta, actúa transformando su vida de inmediato y requiere una respuesta inmediata por su parte.

Supone una intervención activa, directa, centrada en el “aquí y ahora”, para poder restaurar lo antes posible el equilibrio de la persona que lo padece, apoyándolo en la ruptura vital que está experimentando y devolverle la autonomía para que de manera independiente. (Fernández García & Ponce de León Romero, 2012)

También se utiliza el modelo de intervención sistémico, como explican Fernández García & Ponce de León Romero (2012), centrado en la interacción de los elementos dentro de un sistema, en el que unos dependen de otros y en el que los cambios que experimenta una parte del sistema trascienden en todo el sistema y viceversa. Permite conocer cada elemento de manera individual dentro de la red compleja en la que está inmerso. De esta manera, vamos a poder conocer de manera detallada las consecuencias y los cambios que se desarrollen durante el estudio de la familia. Cada elemento dispone de una estructura, de necesidades y de funciones.

#### Alta hospitalaria

La función de la planificación al alta desde trabajo social permite establecer un vínculo entre los pacientes y familiares con los servicios y recursos extrahospitalarios, de esta manera puede dar continuidad a los servicios que dentro de él estaba disponiendo. (Garcés Cerranza, 2012)

Garantiza que se mantenga la atención desde el momento en el que el paciente ingresa hasta que regresa al domicilio, haciendo posible, por un lado, demorar altas hospitalarias por razones no clínicas y, por otro, hacer viable la intervención social para que siga con el proceso de superación de los problemas que los llevaron allí, y sea posible su mantenimiento tras el alta. (Ochando Ortiz, y otros, 2011)

Algunos de los objetivos que pretende abordar el programa “Planificación del alta hospitalaria desde el trabajo social sanitario” según Ochando Ortiz y otros (2011):

- Atención integral y continuada en relación a los cuidados y recuperación de los pacientes.
- Optimización de los recursos, facilitando el apoyo en cuidados al paciente y a su familia en todo el proceso.
- Permite una atención más eficaz y eficiente y facilita la recuperación, con los mismos medios de los que dispone el sistema.
- La participación de la persona en su proceso de salud de forma autónoma y responsable, en la elección libre de alternativas ofertadas y potenciando sus propios recursos y fortalezas
- Permite no retrasar altas hospitalarias por razones clínicas.
- Posibilitar la superación de dificultades tras el alta hospitalaria.

- La recuperación efectiva del paciente incidiendo en situaciones de vulnerabilidad/fragilidad tanto a nivel individual como familiar.
- Evitando reingresos por cuadros clínicos que hayan empeorado por no contar con los soportes de cuidados necesarios.

## **7. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL**

Existe una cartera de recursos amplia en el ámbito de salud mental debido a que la afectación de la enfermedad es diferente de un paciente a otro, y la intervención que se realiza con cada uno debe ser individualizada.

Como aseguran las autoras Giménez Ascaso (2015) e Irigoyen Recalde (2008), es importante que exista una buena coordinación entre los diferentes dispositivos para garantizar una atención y continuidad de los cuidados del paciente lo más adecuada posible.

La autora describe los recursos de salud mental más comunes que existen en España, pero se ha de tener en cuenta que no comparten las mismas características en todas las comunidades autónomas.

- Centro de Salud Mental Comunitario (CSM), Unidad de Salud Mental (USM).

Unidades de referencia para el seguimiento ambulatorio de los pacientes. Son portadores de una atención básica y continuada.

Suelen ser la puerta de entrada al ámbito de la salud mental y los encargados de la derivación o internamiento a los otros dispositivos.

- Unidad de Corta Estancia

Unidades de internamiento encargadas de las fases agudas de la enfermedad al existir un riesgo psicopatológico, y ser requerido en algunos casos un ajuste farmacológico. Prestan una atención de 24 horas y depende del servicio de urgencias psiquiátrico.

- Unidad de Media Estancia

Dispositivo de ingreso de que presta una atención de forma individualizada intensiva con el objetivo futuro de la rehabilitación. Encontramos pacientes en los que los servicios de rehabilitación comunitario o ambulatorio no han sido suficientes, son unidades abiertas y voluntarias con un tratamiento aproximado de 6 meses, con atención de 24 horas.

- Unidad de Larga Estancia

Dispositivos de ingreso de manera prolongada en el tiempo para pacientes en los cuales poseen características de atención y cuidados en un régimen de internamiento. El tratamiento suele ser de un plazo de 2 años o más, también se aporta una atención de 24 horas.

Se diferencian unidades para menores de 65 años y unidades para mayores, conocidas como psicogerítricos.

- Centros de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Rehabilitación Intensiva Ambulatoria.

Dispositivos de ingreso donde la atención no es de 24 horas, sino que tienen un horario limitado y son de tipo ambulatorio. Se encargan de desarrollar programas individualizados de rehabilitación y reinserción en la comunidad a través de dinámicas grupales e intervenciones de tipo individual.

- Hospital de Día

Programa de hospitalización diseñado para la realización del diagnóstico y tratamiento del paciente psiquiátrico en un momento agudo o subagudo.

Es un servicio parcial de régimen abierto durante un breve periodo de tiempo, el cual no exige una separación de la familia y la sociedad respecto al paciente.

Recursos terapéuticos a corto/medio plazo diferentes de los programas de rehabilitación.

- Hospital de Noche

Dispositivo que pretende mantener la estabilidad psicopatológica del paciente permitiendo a éste realizar sus rutinas diarias. Las labores terapéuticas se realizan en un horario dúctil adaptándose al mismo, pero con temporalidad limitada.

- Recursos de alojamiento y vivienda, alternativas residenciales.

Conjunto de actividades y servicios orientados a cubrir las necesidades residenciales, garantizar la permanencia y la participación en la vida social de personas con discapacidades, proporcionando el grado y el tipo de apoyo que precisen en cada fase evolutiva de su enfermedad.

- Recursos de apoyo al empleo

Encontramos cursos prelaborales, centros ocupacionales, centros esenciales de empleo y recursos de apoyo y seguimiento en la integración laboral.

- Recursos de apoyo social

Se trata de espacios socio-recreativos de carácter comunitario donde se facilita el encuentro interpersonal, en los cuales agentes comunitarios, personal de equipo y usuarios organizan conjuntamente actividades de ocio y tiempo libre.



Según el Plan De Salud Mental de Aragón 2017-2021, podemos encontrar los siguientes dispositivos en el Sector III de Zaragoza, donde se encuentra el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, lugar donde se realiza la intervención:

RECURSOS DE SALUD MENTAL SECTOR III	
<b>Unidades de salud mental de adultos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ U.S.M Cinco Villas</li> <li>❖ U.S.M Tarazona</li> <li>❖ U.S.M Delicias</li> <li>❖ U.S.M Hospital Clínico Universitario</li> </ul>
<b>Unidad de asistencia y seguimiento de adicciones (UASA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ UASA Ramón y Cajal</li> <li>❖ UASA Fundación Centro IDE Solidario</li> <li>❖ UASA Cruz Roja</li> <li>❖ UASA Cinco Villas</li> <li>❖ UASA Ribera Alta del Ebro</li> </ul>
<b>Unidades de corta estancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hospital Clínico Universitario</li> </ul>
<b>Unidades de corta estancia infantojuvenil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hospital Clínico Universitario</li> </ul>
<b>Hospital de día psiquiátrico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hospital Clínico Universitario</li> </ul>
<b>Unidad de media estancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ UME CRP Nuestra Señora Del Pilar</li> </ul>
<b>Unidad de larga estancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ULE CRP Nuestra Señora del Pilar</li> <li>❖ ULE Ejea Sociedad Cooperativa</li> </ul>

RECURSOS DE SALUD MENTAL SECTOR III	
Unidad de psicogeriatría	❖ PG CRP Nuestra Señora del Pilar
Centro de día	❖ CD Romareda ❖ CD Ejea Sociedad Cooperativa
Centro de inserción laboral	❖ CIL Ejea Sociedad Cooperativa ❖ Terapia Ocupacional CRP Nuestra Señora del Pilar ❖ CIL Fundación APIP-ACAM
Equipo de apoyo social comunitario	❖ EASC 2 AVÍA ❖ EASC Ejea Sociedad Cooperativa
Pisos supervisados	❖ PISOS 2 AVÍA ❖ PISOS Ejea Sociedad Cooperativa
Unidad de trastornos de la conducta alimentaria infantojuvenil	❖ UTCA IJ Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Comunidad terapéutica para deshabitación de adicciones	❖ Comunidad terapéutica “proyecto hombre”

*Tabla 2. Recursos Salud Mental Sector III*

## 8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez que se ha completado la base de datos con los resultados de toda la muestra se procede a su análisis. Para ello se ha hecho una elección de las variables que contiene el cuestionario y que mejor se ajustaban al propósito de los objetivos y de la hipótesis.

Además de los documentos gráficos para visualizar los resultados, este apartado contiene un análisis de estos y una discusión.

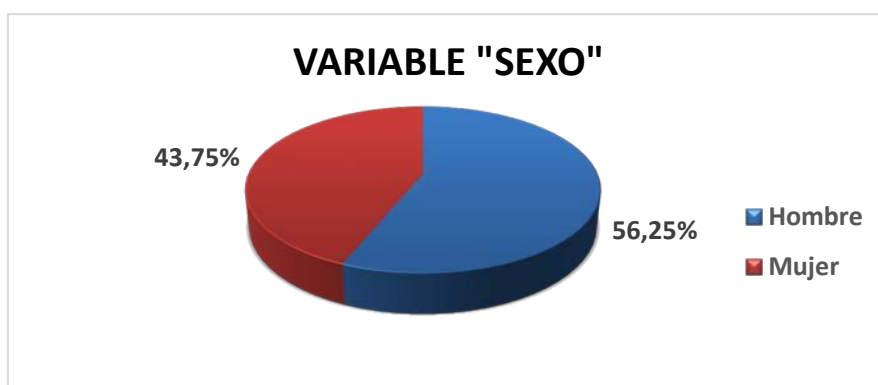
### ❖ Estancia hospitalaria

N	Válido	64
	Perdidos	0
Media		24,92

*Ilustración 2. Estancia hospitalaria*

Análisis: El promedio de la estancia hospitalaria de los pacientes en la Unidad de Hospitalización de Agudos es de 25 días.

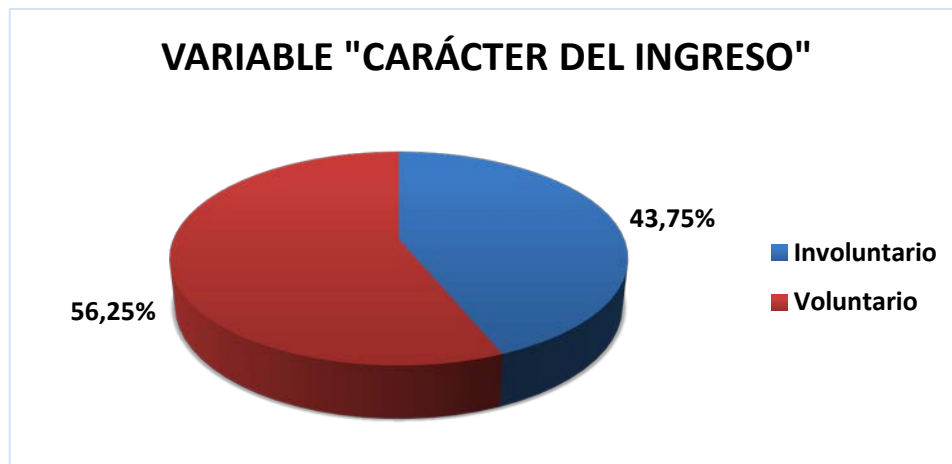
### ❖ Sexo



*Gráfico 1. Variable Sexo*

Análisis: De los 64 casos de la muestra, se observa que el 56,25 % corresponde a hombres mientras que el 43,75% mujeres.

❖ Carácter del ingreso



*Gráfico 2. Variable Carácter del ingreso*

Análisis: El 51,6% de los ingresos son de carácter involuntario mientras que un 48,4 % de los ingresos son de carácter voluntario.

❖ Edad

N	Válido	64
	Perdidos	0
Media		48,66

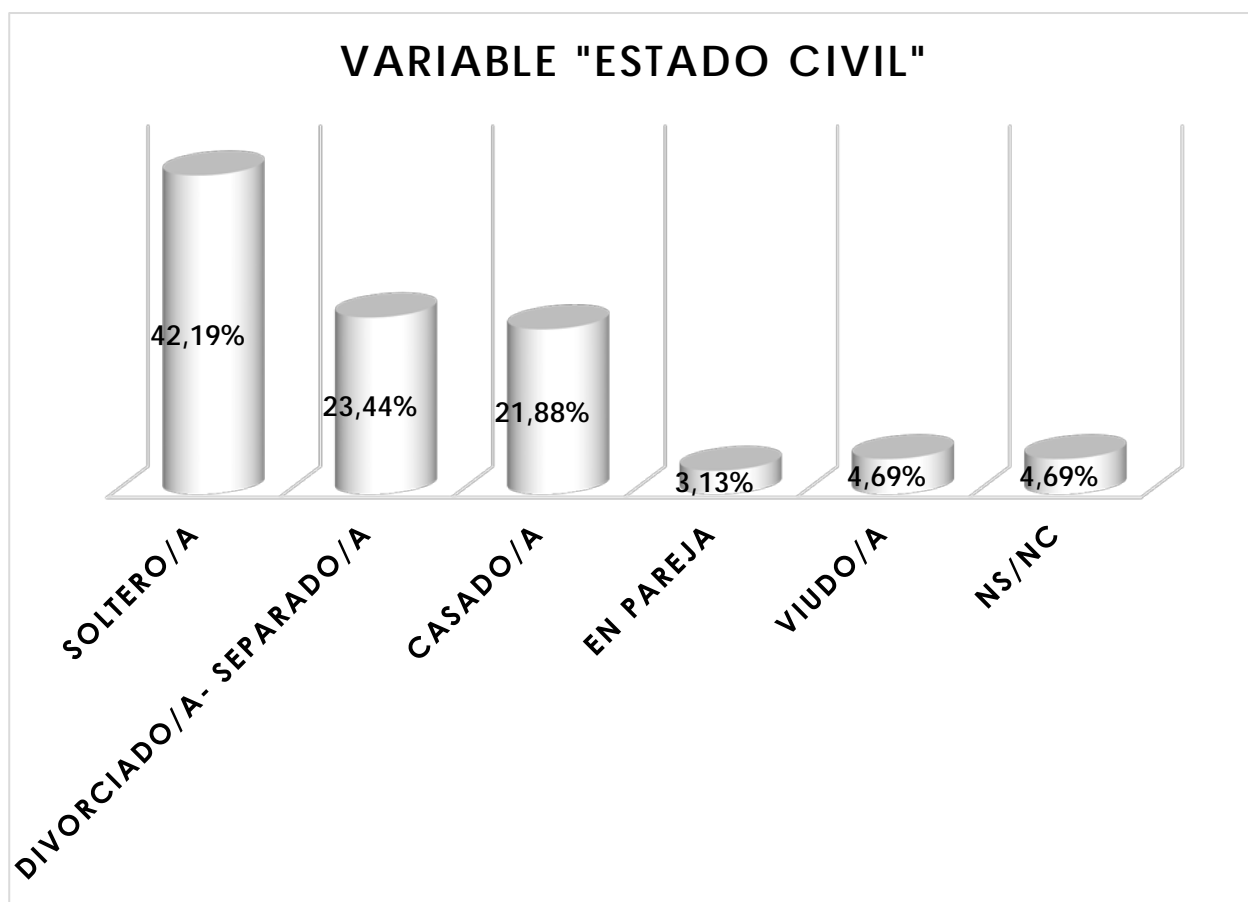
*Ilustración 3. Variable Edad*

Análisis: La media de edad de toda la muestra corresponde a 49 años.

hombre	N	Válido	36
		Perdidos	0
	Media		45,44
mujer	N	Válido	28
		Perdidos	0
	Media		52,79

*Ilustración 4. Variable Edad fragmentada por variable Sexo*

Análisis: Al hilo de la variable “Edad” hemos fragmentado la muestra por la variable “Sexo” para conocer la edad media en hombres y mujeres, siendo mayor la edad en mujeres con 53 años y en hombres 45, aproximadamente.



*Gráfico 3. Variable Estado Civil*

Análisis: La moda de la variable “Estado Civil” corresponde a soltero/a (42,19 %), seguido de separado/a y divorciado/a (23,44%), casado/a (21,88%), y con menos frecuencia viudo/a (4,69%), en pareja (3,13%).

❖ Situación de convivencia

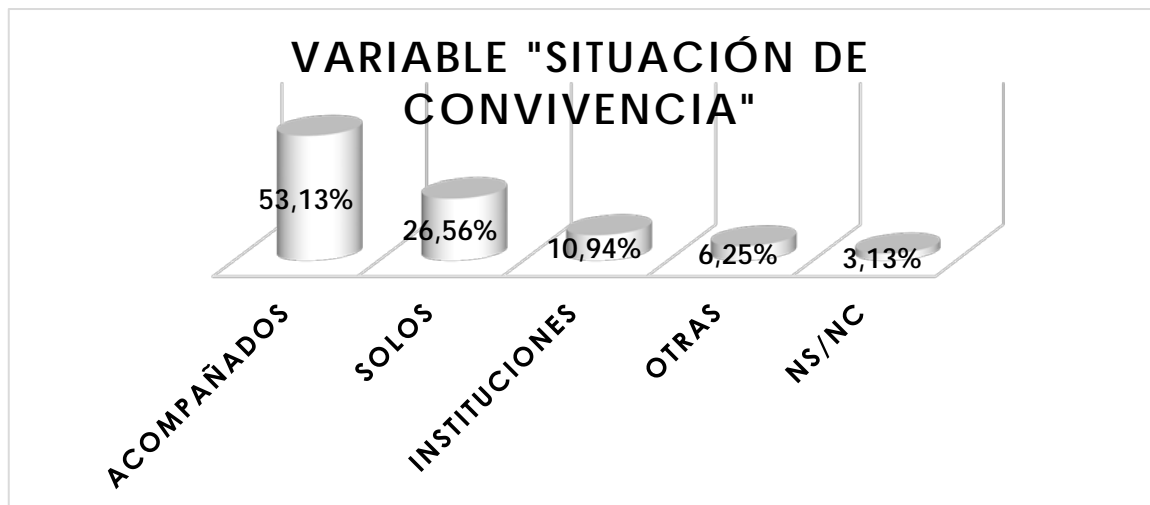


Gráfico 4. Variable Situación de Convivencia

Análisis: Más de la mitad de la muestra estudiada (53,13 %) vive acompañado/a, la siguiente frecuencia más común es vivir solo (26,56%), seguido de vivir en instituciones (10,94%), otras formas de convivencia (6,25%) y no consta respuesta con un 3,13%)

❖ Situación laboral

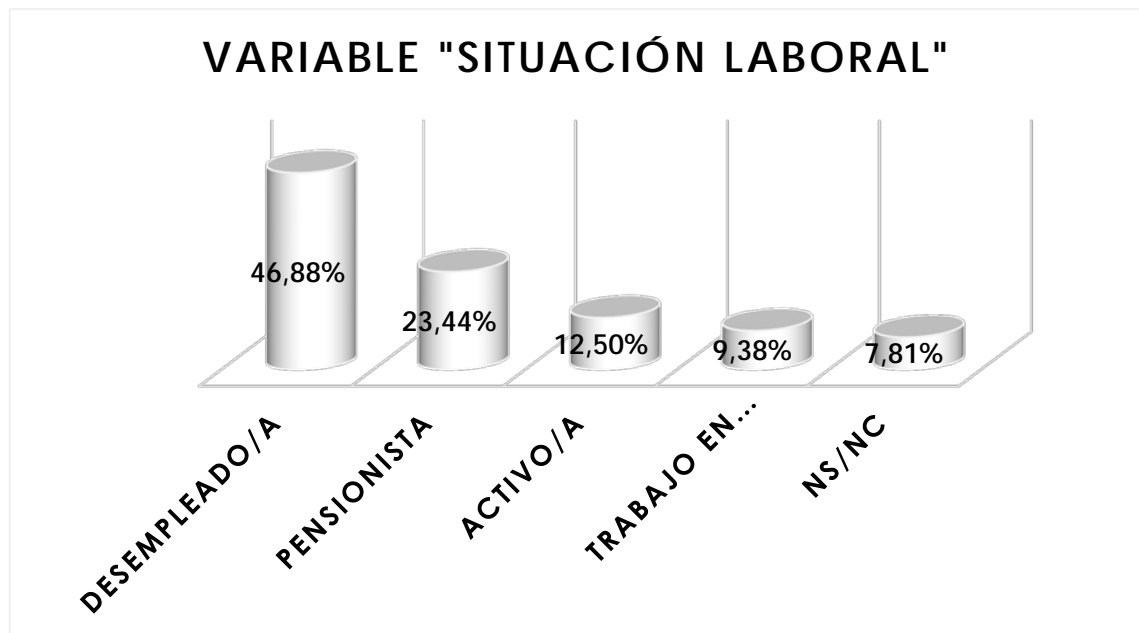


Gráfico 5. Variable Situación Laboral

Análisis: El 46,88% de la muestra se encuentra sin ocupación laboral, el 23,44 % son pensionistas, un 12,50% se encuentra activo laboralmente, el 9,38% realiza trabajo en el hogar y el 7,81% no consta.

❖ Situación Económica

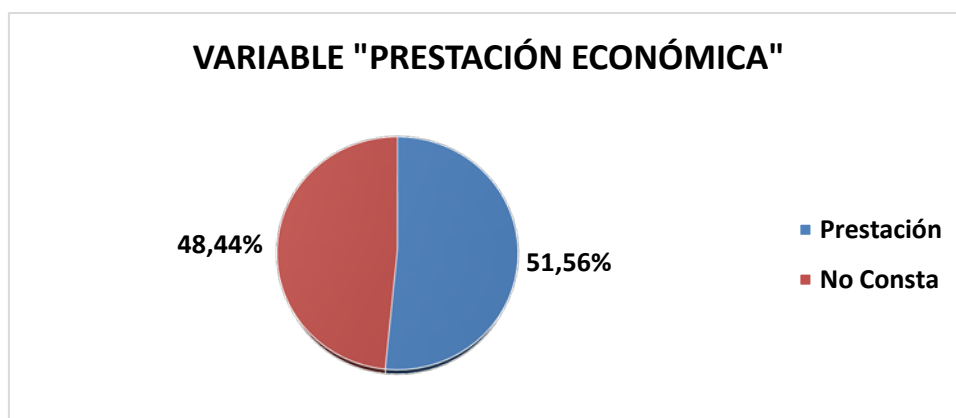


Gráfico 6. Variable Prestación Económica

**Análisis:** De los 64 pacientes que componen nuestra muestra solo un 48,44% de ellos perciben alguna prestación económica.

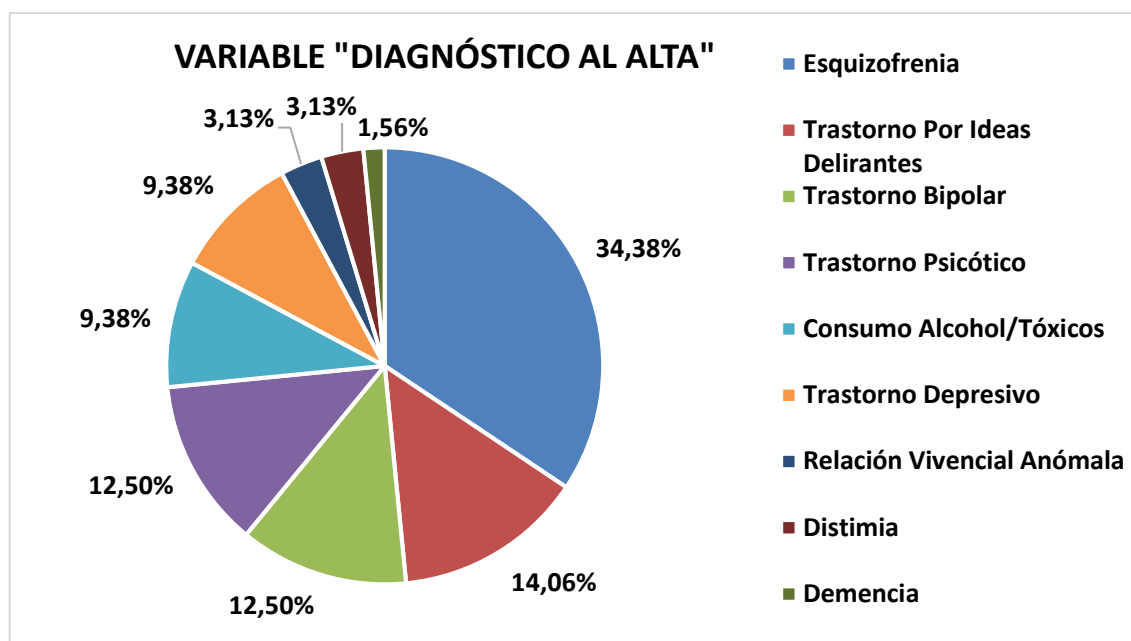


Gráfico 7. Variable Prestación Económica

**Análisis:** Del tanto por cierto que recibe prestación económica, se han agrupado el tipo y la cantidad media de cada una de ellas.

Existe una gran diferencia entre las prestaciones de jubilación e incapacidad permanente absoluta con una media de 1.216,50€ y 1.009,43€, respectivamente, y las prestaciones por incapacidad laboral, 406,00€ y en las ayudas de urgencia necesidad, 420,00€

❖ Diagnósticos pacientes al alta



*Gráfico 8. Variable Diagnóstico al Alta*

Análisis: El diagnóstico predominante en las enfermedades de los pacientes es de esquizofrenia con un 34,38 %, seguido de trastorno por ideas delirantes 14,06%, trastorno bipolar y trastorno psicótico con un 12,05%. Siendo lo menos habitual con un 3,16% la distimia y las relaciones vivenciales anómalas, y las demencias con un 1,56%.

❖ Acceso al Servicio de Trabajo Social

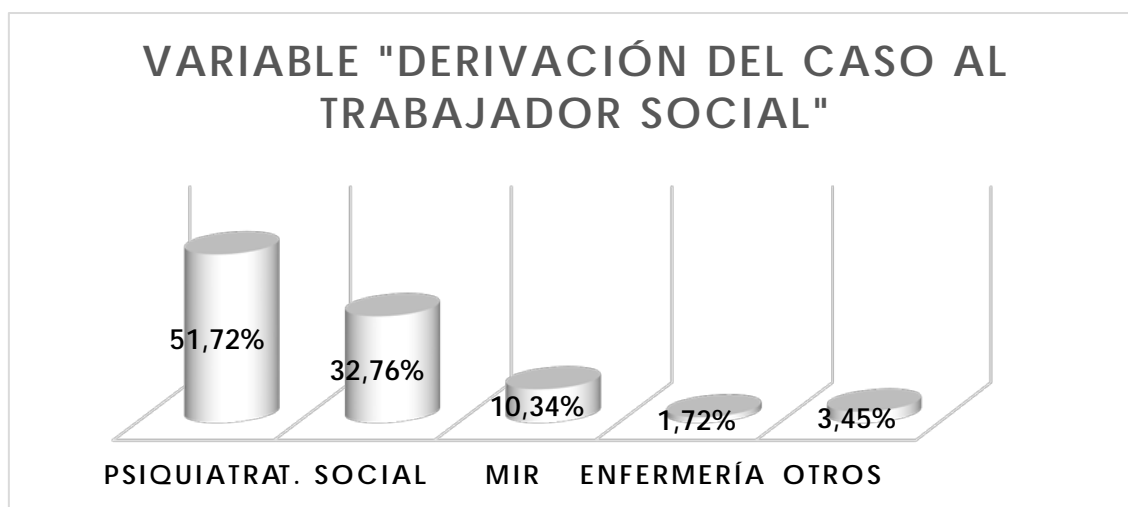


*Gráfico 9. Variable Demanda al Servicio de Trabajo Social*

Análisis: El 90,63% de los casos con los que ha intervenido el trabajador social han sido instados por algún tipo de profesional (incluido el trabajador social), mientras que solo el 9,38% ha sido a petición del paciente.



#### ❖ Demanda del caso al trabajador social



*Gráfico 10. Variable Demanda del caso al Trabajador Social*

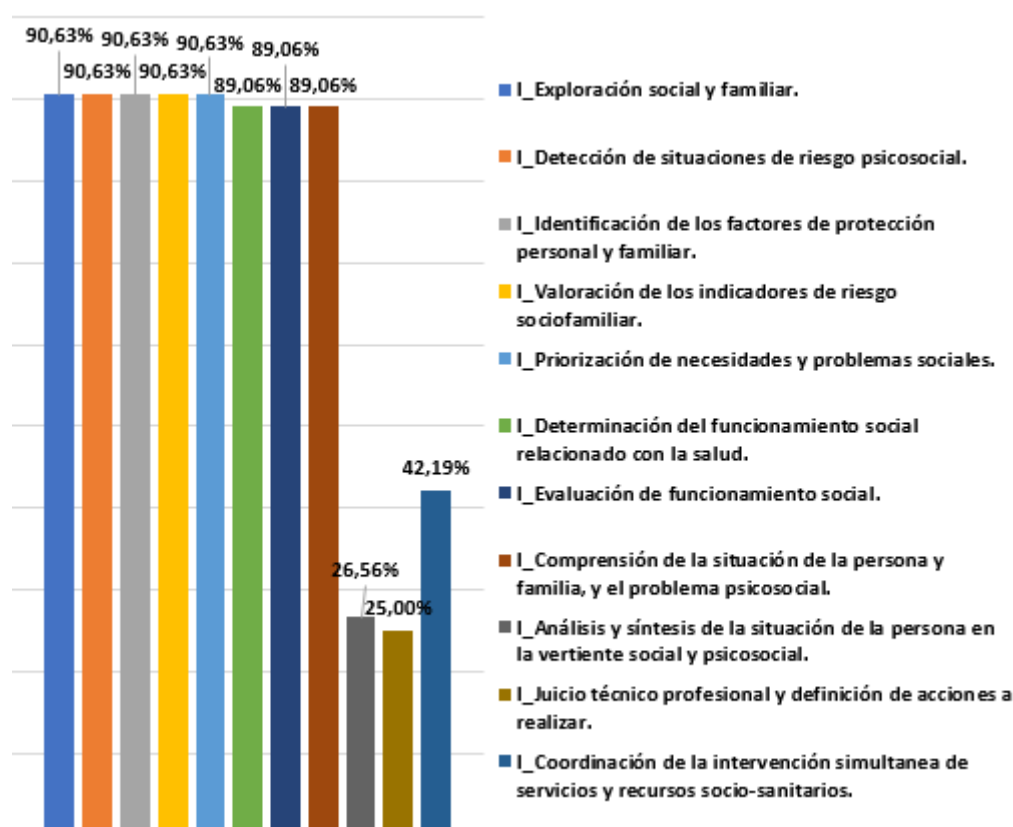
Análisis: La derivación de los casos a la unidad de trabajo social ha sido con un 51,72% por parte de los profesionales de psiquiatría, seguido de un 32,76% que han sido seleccionados por el propio trabajador social de la unidad, un 10,34% por los estudiantes MIR, un 1,72% por el servicio de enfermería de la unidad y un 3,45% por otros profesionales del ámbito hospitalario.

#### ❖ Actuaciones del trabajador social

A través de La Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario (2017), se han determinado las actuaciones que realiza el trabajador social tanto en el servicio de valoración y diagnóstico social, intervención social y servicio de consultoría del/con paciente/familia.

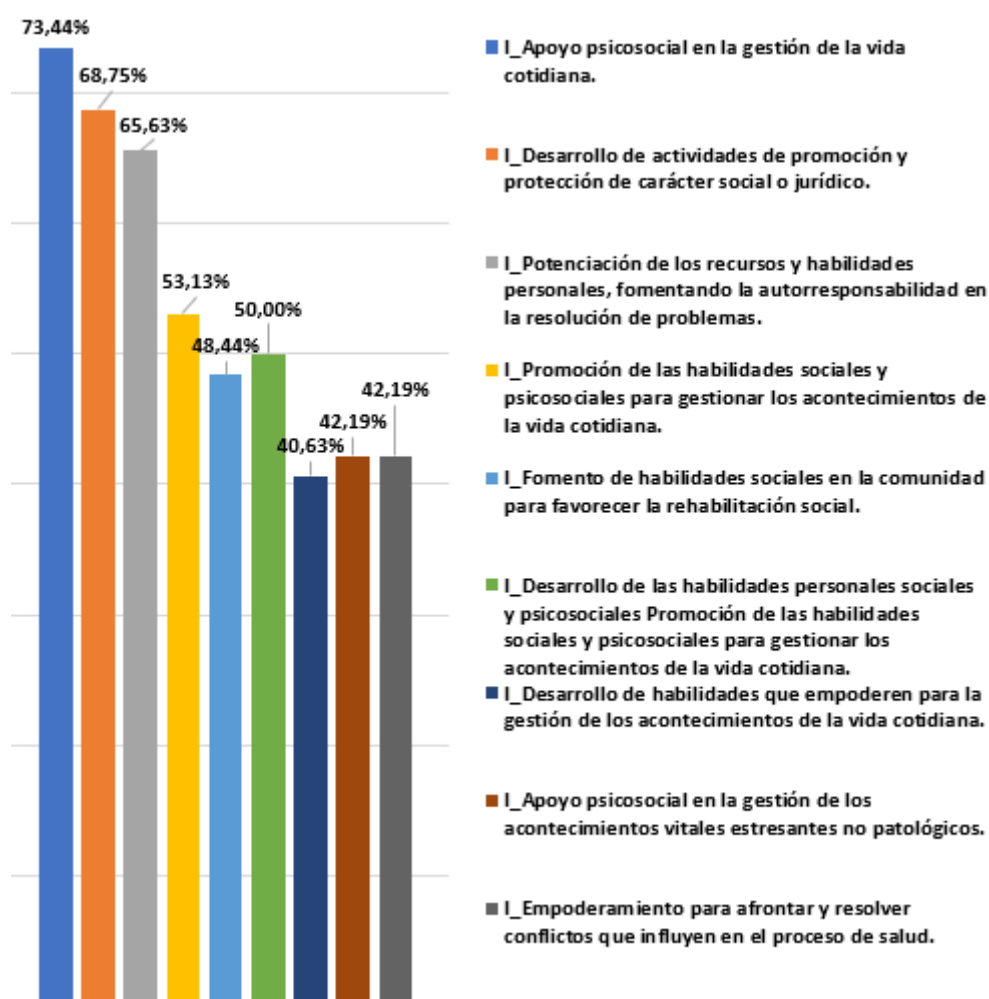
Los ítems no son excluyentes, en cada caso se ha anotado la intervención que ha hecho el trabajador social con cada uno de ellos en base a las necesidades y problemas detectados.

Que unas actuaciones se hayan realizado con más frecuencia que otras no quiere decir que sean menos importantes, hay que tener en cuenta que la intervención con cada paciente es siempre individualizada y única, siendo distintas las necesidades, situaciones y características en los pacientes.



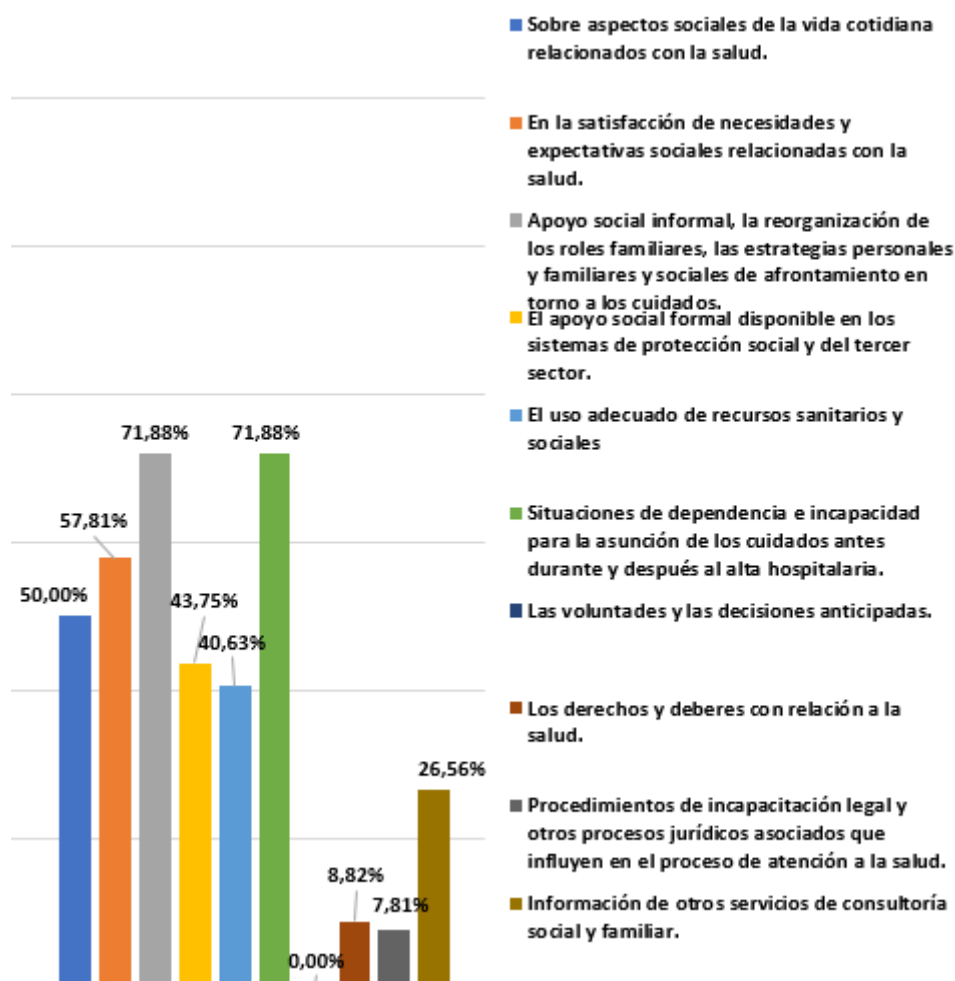
*Ilustración 5. Variable Servicio de Valoración y Diagnóstico Social*

Análisis: Se puede observar que hay unas actuaciones en el servicio de valoración y diagnóstico social que son comunes en el proceso de atención, para que el trabajador social recabe toda la información posible antes de realizar el diagnóstico social. Estas son la exploración social y familiar (90,63%), la detección de situaciones de riesgo psicosocial (90,63%), identificación de los factores de riesgo sociofamiliar (90,63%), valoración de los indicadores de riesgo sociofamiliar (90,63%), priorización de necesidades y problemas sociales (90,63%), determinación del funcionamiento social relacionado con la salud (89,06%), evaluación del funcionamiento social (89,06%), y la comprensión de la situación de la persona y familiar, y el problema psicosocial (89,06%).



*Ilustración 6. Variable Intervención Social*

Análisis: Desarrollar las actividades de promoción y protección de carácter social o jurídico (73,44%), Potenciar los recursos y habilidades personales, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de problemas (68,75%) y la promoción de las habilidades sociales y psicosociales para gestionar los acontecimientos de la vida cotidiana (65,63%) son las actuaciones que con más frecuencia son llevadas a cabo en la intervención social.



*Ilustración 7. Variable Servicio de Consultoría del/ con Paciente/Familia*

**Análisis:** La información, orientación y asesoramiento sobre el apoyo social informal, la reorganización de los roles familiares, las estrategias personales, familiares y sociales de afrontamiento en torno a los cuidados; y la referida a las situaciones de dependencia e incapacidad para la asunción de los cuidados antes, durante y después al alta hospitalaria, son las predominantes con un 59,38% y 56,25%, respectivamente, en el servicio de consultoría con el paciente y la familia.

Seguidas con algunas orientaciones específicas respecto a la salud, como el asesoramiento sobre aspectos sociales de la vida cotidiana (50,00%) y la información de necesidades y expectativas sociales relacionadas con la salud (57,81%).

❖ Derivación por parte del trabajador social

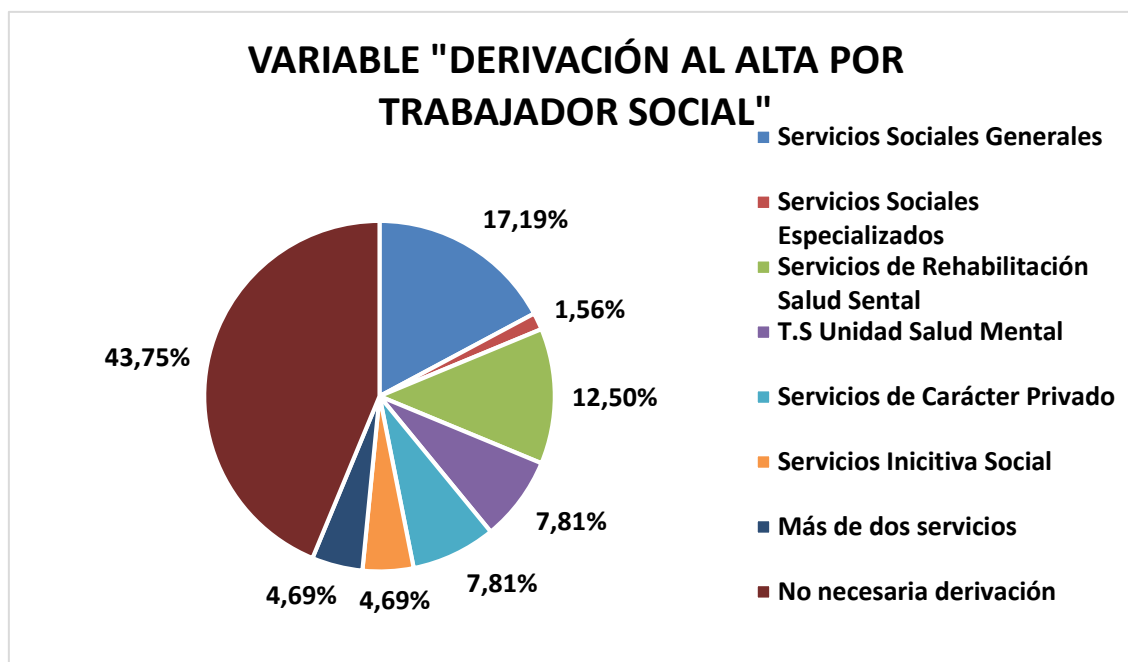


Gráfico 11. Variable Derivación al alta por Trabajador Social

Análisis: Atendiendo a los pacientes que ha necesitado derivación al alta hospitalaria, los principales servicios a los que se ha derivado han sido un 17,19% los Servicios Sociales Generales, un 12,50% Servicios de Rehabilitación de Salud Mental, con el mismo porcentaje encontramos derivaciones tanto al Trabajador/a Social de la Unidad de Salud Mental como a Servicios de Carácter Privado. En algunas ocasiones se ha creído conveniente que acudieran a varios servicios simultáneamente, como representa el 4,69% de la muestra

❖ Análisis de la hipótesis

*Los pacientes que requieren una intervención por parte del trabajador social tienen una estancia media mayor en la Unidad de Hospitalización de Agudos que aquellos no necesitan este servicio, debido a una mayor complejidad social del caso.*

Para poder analizar la hipótesis de la investigación debemos tener en cuenta tres cuestiones:

- 1) La información de la estancia media de los individuos de la muestra que han sido atendidos por el trabajador social.
- 2) La estancia media de todos los pacientes que han pasado por la Unidad de Hospitalización de Agudos
- 3) El término *complejidad social* que hace que las intervenciones de los casos, en su estancia hospitalaria, requiera las funciones del trabajador social.

Como hemos visto en el análisis de las variables, la estancia media de la muestra es de unos 25 días aproximadamente. Los datos aportados por el Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” Dr. Valero Pérez Camo, respecto a la estancia media del cómputo general de pacientes que han pasado por la unidad durante los 6 meses del estudio son los siguientes:

<b>NOVIEMBRE 2018</b>	<b>DICIEMBRE 2018</b>	<b>ENERO 2019</b>	<b>FEBRERO 2019</b>	<b>MARZO 2019</b>	<b>ABRIL 2019</b>
11,66 días	12,76 días	12,68 días	10,12 días	12,58 días	12,09 días

*Tabla 3. Media de estancia hospitalaria del total de pacientes de noviembre 2018 a abril 2019*

En la tabla se observan los datos del cómputo global de los pacientes que han pasado por la Unidad de Hospitalización de Agudos durante los 6 meses que ha durado el estudio. En estos datos están incluidos los pacientes de la muestra, puesto que no se registran de manera independiente en función de si el trabajador social ha intervenido con ellos o no. De modo que, si se extrajeran los pacientes de la muestra estudiada del cómputo global, la media resultante sería todavía menor debido a que los pacientes estudiados tienen estancias medias superiores a lo establecido en las características de las unidades de corta estancia.

Aunque ya podríamos confirmar la hipótesis, queda el tercer elemento para tener en cuenta, el término de complejidad social.

Cuando hablamos de complejidad social, el autor Riba Cebrián (2018), dice que se está hablando de una persona que posee unas necesidades sociales que hacen que la situación por la que pasan sea compleja, y por ello, la gestión social del caso es difícil. Cree necesario establecer un marco conceptual unificado, para que todos los profesionales ante un caso concreto lo entiendan de la misma manera.

A través del artículo *A Leader's Framework for Decision Making*, de los autores David J. Snowden y Mery E. Boone, extrae las características propias de los 4 niveles de complejidad, siendo los siguientes: simple, complicada, compleja y caos. (Riba Cebrián, 2018)

El abordaje de la complejidad social debe realizarse desde el modelo concurrente, el cual abarca el modelo prospectivo (prever que casos pueden ser complejos en un futuro), personalizado (casos muy complejos con malos resultados) y de acontecimiento (asociado al consumo y a la utilización de recursos). (Riba Cebrián, 2018)

Atendiendo a los 4 niveles de complejidad y comparando con los casos de la muestra que han sido abordados por el profesional de trabajo social de la UHA, se confirma que la mayoría de ellos responden a esas características, además, también se contrasta que la estancia de los pacientes es mayor en aquellos casos en los que interviene trabajo social, por lo cual, la hipótesis queda confirmada.

## 9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tras el análisis de las variables podemos apreciar como la **estancia media** de los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de agudos que han requerido la intervención del trabajador social (25 días) donde se analizaba los factores socio-familiares es notablemente superior a lo establecido en las características de las unidades hospitalización de corta estancia, que oscila entre 10-21 días. (Instituto de Información Sanitaria, 2010)

En un estudio reciente, de Laura Morro (2017) donde se analizaban como en nuestro caso los factores sociofamiliares y la estancia hospitalaria en la Unidad de Agudos en el Hospital del Mar de Barcelona, se obtiene una estancia media de 25 días, asemejándose a los datos obtenidos en nuestro estudio. En ambos casos, se analiza la intervención del trabajador social, pudiendo deducir que los pacientes objeto de intervención de Trabajo presentan mayor complejidad social y gravedad lo que conlleva que el paciente tenga estancias hospitalarias más largas.

El **sexo** predominante es el masculino tanto en los pacientes de nuestra unidad (53,6%), como, por ejemplo, en el realizado en el Hospital Francesc de Borja de Gandía, es el masculino, con un 55,71%. Pese a existir estudios en los que el rango de edad sea notablemente mayor al de la muestra, se sigue dando la característica de que hay predominancia en el sexo masculino frente al femenino. (Vázquez-Noguerol & Olivares Díez, 2002)

Respecto al **carácter voluntario o involuntario de los ingresos**, encontramos en nuestro estudio que un 56,25 % tienen carácter voluntario. Díaz del Valle (2015) en su tesis doctoral sobre el Estudio Psiquiátrico Legal de los ingresos en una Unidad de Hospitalización de Agudos de un Servicio de Psiquiatría, concluye que un 62 % la de los ingresos de los pacientes son de carácter voluntario, en una muestra de 6.872 pacientes, mucho más representativa que la nuestra.

El rango de edad media de los pacientes ingresados en la unidad en los que ha intervenido el trabajador social está entre los 40-50 años aproximadamente, comprobado por varios autores como Morro Fernández (2017), y Palomares Díaz, Rodríguez Martí, & Vercher Félix (2017).

Tanto en el estudio de Ramos López & Díaz Palarea (2005) como en el propio, el estado civil más habitual es soltero/a, con un 64,2 % y un 42,19% respectivamente, seguido de separado y divorciado, 20,85% y 23,44%. (Ramos López & Díaz Palarea, 2005)

Sin embargo, otros estudios realizados en una unidad con las mismas características, pero teniendo la muestra un rango de edad de 62 a 90 años, predomina el estado civil casado/a con un 46,1%, viudedad con un 20,2%, y el de divorciados es del 9,0%. (Vázquez-Noguerol & Olivares Díez, 2002).

La edad es una variable que condiciona el estado civil de los pacientes, ya que el estudio de Ramos López & Díaz Palarea (2005) comparte una media de edad más semejante a la de la presente investigación y variable estado civil se equipara en mayor medida.

Respecto a la **convivencia** lo más común en nuestra muestra es la convivencia de los pacientes acompañados, ya sea de un familiar o varios (53,13%), seguido de vivir solo con un 26,56%, y lo menos frecuente es la convivencia en instituciones 10,94%, sucediendo lo mismo en el realizado por Ramos

López & Díaz Palarea, (2005), aunque los datos están fragmentado por la variable sexo, acompañados por un familiar 33,3% hombres y 15,4% mujeres, por 2 familiares 65,4% mujeres y 37% hombres), vivían solos un 25,9% hombres y un 19,2% mujeres y en instituciones un 3,7% hombres y un 1,9% mujeres; y en el de Vázquez-Noguerol & Olivares Díez (2002) un 71,6% vivían acompañados, un 25,5% vivían solos, y un 2,9% vivía en una institución.

Es frecuente que la mayoría de los pacientes se encuentren en situación de **desempleo**, como se observa en Ramos López & Díaz Palarea (2005) con un porcentaje de 76,6%, coincidiendo en lo obtenido en la presente investigación donde se registra un 46,9%. El porcentaje de personas que perciben una pensión es mayor en el propio realizado en el estudio ahora citado con un 51,53% y un 35,8% respectivamente.

Un 3,8% se dedica al trabajo en el hogar con un casi un 6% menos que en el estudio propio. (Ramos López & Díaz Palarea, 2005)

Respecto **las actuaciones que realiza el profesional de Trabajo Social** en su intervención con los pacientes, se aprecian similitudes con las funciones específicas de La Cartera de Servicios Sanitarios de Atención a la Salud Mental de Aragón (s, f), como por ejemplo el estudio de las necesidades sociofamiliares, la información, acompañamiento y asesoramiento, gestión, realización del diagnóstico social, elaboraciones de planes de intervención individual y familiar.

**Los diagnósticos** que destacan de los pacientes ingresados en la unidad donde ha intervenido el trabajador social son en primer lugar la esquizofrenia (34,38%), seguidos del trastorno por ideas delirantes (41,06%) y del trastorno bipolar (12,50%). Estos datos coinciden con los recogidos en el Conjunto Mínimo de Datos al alta hospitalaria (CMBD), en el informe del Informe del Sistema de Información sobre Salud Mental 2013. (Gobierno de Aragón, 2013) así como en la investigación realizada por Palomares Díaz, Rodríguez Martí, & Vercher Félix (2017).



## **10. CONCLUSIONES**

La intervención del trabajador social en la unidad de hospitalización de agudos viene determinada por la complejidad social de los casos con los que actúa, debido a la gravedad clínica y a la problemática social que padece. La actuación con estos pacientes tiene unas características especiales que se refleja entre otros factores en el tiempo de estancia hospitalaria, puesto que exceden el tiempo medio preestablecido para este tipo de dispositivo asistencial.

La relación de los aspectos psíquicos y sociales en el proceso de intervención con pacientes psiquiátricos, ha hecho que el trabajador social pase a formar parte de los equipos de trabajo multidisciplinarios propios de las unidades de salud mental. De esta manera, constituye un elemento imprescindible que confiere sensibilidad en los distintos profesionales que integran estos equipos y otros profesionales que trabajan fuera de la unidad investigada, en cuenta en la resolución de los casos a través de las derivaciones. De esta manera se ha creado la especialidad del trabajador social en salud mental.

Dentro del trabajo social clínico hay una variedad de actuaciones que puede realizar el trabajador social dependiendo del servicio hospitalario en el que se encuentre. La salud mental hace que la profesión de estos posea una especificidad debido a que las enfermedades que poseen los pacientes que se encuentran en las unidades de psiquiatría, no solo condicionan sus características, sino también las funciones y el rol que van a desempeñar los profesionales en sus intervenciones.

Las funciones que realiza el trabajador social con los pacientes no son solo de atención directa en el episodio de crisis, sino que debe asegurar un plan de alta hospitalario para ofrecer una continuidad de la atención. Por ello la función de planificación del alta es un instrumento fundamental de los trabajadores sociales para evitar reingresos innecesarios, cubriendo, en la medida de lo posible, las necesidades sociales detectadas que afectan a su estado de salud, tanto en la estancia hospitalaria como fuera de ella a través del contacto con servicios extrahospitalarios.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Trabajo Social y Salud. (2017). *Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario*. Zaragoza: REpromisa.
- Caparrós Civera, N., & Raya Díez, E. (2015). *Métodos y Técnicas de Investigación en Trabajo Social*. Madrid: Ciclo Grupo 5.
- Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en Cataluña. (s.f.). *Funciones del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental*. Recuperado el 05 de 03 de 2019, de <http://www.tscat.cat/content/funciones-del-trabajador-social-en-el-campo-de-salud-mental>
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Díaz del Valle, J. (2015). *Estudio Psiquiátrico legal de los ingresos en una Unidad de Hospitalización de agudos de un Servicio de Psiquiatría. C.H.U.A.C. (1996-2009)*. Recuperado el 14 de 6 de 2019, de [file:///C:/Users/HP/Downloads/DiazdelValle\\_JuanCarlos\\_TD\\_2015.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/DiazdelValle_JuanCarlos_TD_2015.pdf)
- Fernández García, T., & Ponde de León Romero, L. (2012). *Trabajo Social Individualizado. Metodología de intervención*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Friedlander, W. (1961-1985). *Dinámica del Trabajo Social*. México, D. F: Pax México.
- Garcés Cerranza, C. M. (13 de 5 de 2012). *Trabajo Social y El Plan de Alta del Hospital*. Recuperado el 14 de 6 de 2019, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00018.pdf>
- Garcés Trullenque, E. M. (18 de 05 de 2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. Recuperado el 19 de 03 de 2019, de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/cuts1010110333a/7489>
- García Martín, J. (2012). *Enfermedad Mental y Dependencia*. Recuperado el 14 de 6 de 2019, de Fundación Caser para la Dependencia: [https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/2-enfermedadmentalydependencia\\_ok.pdf](https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/2-enfermedadmentalydependencia_ok.pdf)
- Giménez Ascaso, S. (2015). El sistema asistencial en salud mental. En M. Miranda Aranda, *Lo Social en la Salud Mental I. Trabajo Social en Psiquiatría*. (págs. 121-147). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Gobierno de Aragón. (18 de 10 de 2017). *Plan de Salud Mental 2017-2021*. Recuperado el 20 de 03 de 2019, de Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad: [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06\\_Planes\\_Estrategia/PlanSaludMental\\_Aragon\\_2017\\_2021.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/PlanSaludMental_Aragon_2017_2021.pdf)

Gobierno de Aragón. (s.f). *Cartera de Servicios Sanitarios de Atención a la Salud Mental*. Recuperado el 12 de 05 de 2019, de Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón: <https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OferataServicios/CARTERA+SALUD+MENTAL.PDF>

Gómez Lavin, C., & Zapata García, R. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. España: Ediciones Eunate.

Gobierno de Aragón. (2013). *Sistema de información sobre Salud Mental 2013*. Recuperado el 14 de 6 de 2019, de Informe de Salud Mental 2013: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/INFORME%20SALUD%20MENTAL%202013.pdf/ab6b4523-d0a4-48e5-7614-d85d232de0b6>

Idareta, F. (2018). *Trabajo Social psiquiátrico. Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. Valencia: Nau Llibres.

Instituto de Información Sanitaria. (2010). *Atención a la Salud Mental. Organización de las Comunidades Autónomas*. Recuperado el 14 de 6 de 2019, de [http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Atencion\\_a\\_la\\_Salud\\_Mental\\_y\\_Dispositivos-2010.pdf](http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Atencion_a_la_Salud_Mental_y_Dispositivos-2010.pdf)

Irigoyen Recalde, I. (2008). *Hospital de Día Psiquiátrico: un reto permanente*. Zaragoza: Gobierno de Aragón.

Ituarte Tellaeche, A. (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. Valencia: Nau Llibres.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado n. 240 de 5 de octubre de 2011.

Ley 5/2014, de 26 de junio, Salud Pública de Aragón. Boletín Oficial del Estado n. núm. 137, de 15/07/2014.

Ley 12/2016, de 15 de diciembre, modificación de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón: por la cual se regula el Sistema de Salud de Aragón. Boletín Oficial del Estado n. 46, de 19/04/2002.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado n. 102, de 29/04/1986.

Liliana Kennel, B. (2008). *Elementos básicos para el trabajo social en la salud mental*. Buenos Aires: Espacio.

Miranda Aranda, M. (2015). *Lo social en la salud mental I. Trabajo Social en Psiquiatría*. Zaragoza: Pressas de la Universidad de Zaragoza.

Morro Fernández , L. (2017). Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: la complejidad de la. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*(24), 137-160. Recuperado el 14 de 6 de 2019, de <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.08>

Ochando Ortiz, G., De Irizar Malo, M., Urmeneta Aguilar, S., Casado Bravo, C., Martínez Aldaz, L., Montorio Vallés, M., & Tantos Montejo, J. (2011). *Planificación del alta hospitalaria desde trabajo social sanitario: garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria*. Recuperado el 12 de 05 de 2019, de Servicio Navarro de Salud. Área de Salud Tudela: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D59DB597-CDAB-44B1-B77E-495490A1EC58/0/PlanificacionAltaHospitalariaAreaSaludTudela.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Los Determinantes de salud. Los Hechos Probados*. Recuperado el 3 de 6 de 2019, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/LosdeterminantesenlaSalud.Hechos%20probados.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (4 de 12 de 2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado el 11 de 06 de 2019, de Organización Mundial de la Salud: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_9-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Recuperado el 12 de 05 de 2019, de Organización Mundial de la Salud: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 12 de 05 de 2019, de Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

Organización Mundial de Salud. (22 de 7 de 1946). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado el 3 de 6 de 2019, de Organización Mundial de Salud: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Palomares Díaz, P., Rodríguez Martí, M., & Vercher Félix, C. (25 de 6 de 2017). Características epidemiológicas del paciente que ingresa en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Departamento de Salud de Gandía. *Revista de Enfermería de Salud Mental*. Recuperado el 14 de 6 de 2019, de <http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESM-AEESME/article/view/14/20>

Ramírez de Mingo, I. (1992). *El Trabajo Social en los servicios de la Salud Mental*. Madrid: Eudema Universidad.

Ramos López, A., & Díaz Palarea, M. (2005). *Características de los usuarios de unidad de agudos en salud mental: determinantes psicosociales y clínicos*. Recuperado el 14 de 6 de 2019, de Revista de la Asociación Española de Neuropsiquitría: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a04.pdf>

Riba Cebrián, J. (29 de 11 de 2018). *Una propuesta de consenso sobre el significado de la complejidad social*. Recuperado el 13 de 6 de 2019, de ENFOCATSS: <http://jribace.es/2018/11/29/una-propuesta-de-consenso-sobre-el-significado-de-la-complejidad-social/>

Vázquez-Noguerol, R., & Olivares Díez, J. (2002). Características de las personas mayores ingresadas en una unidad de psiquiatría de corta estancia. *Revista Psicogeriatría*, 2(1), 45-52. Recuperado el 14 de 6 de 2019, de [https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=acf17acd3f&attid=0.2&permmsgid=msg-f:1636740322876351833&th=16b6dea6de9a6559&view=att&disp=inline&sadbat=ANGjdJ9IZOAYevjO3jRcmtVdqJGeEvS5NhsejbRQHEOAebvYTotI3w0K\\_4Mzl1aeEZuVxPa5hzMV61X](https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=acf17acd3f&attid=0.2&permmsgid=msg-f:1636740322876351833&th=16b6dea6de9a6559&view=att&disp=inline&sadbat=ANGjdJ9IZOAYevjO3jRcmtVdqJGeEvS5NhsejbRQHEOAebvYTotI3w0K_4Mzl1aeEZuVxPa5hzMV61X)

## 12. ANEXOS

Trabajo de Investigación de pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza derivados a la Unidad de Trabajo Social durante seis meses, de noviembre de 2018 a abril de 2019.

### DATOS CLÍNICOS DEL INGRESO

1. HTA. SOCIAL:	
2. FECHA DE INGRESO:	
3. FECHA DE ALTA:	
4. DÍAS INGRESADO/A:	
5. DIAG. INGRESO:	
6. DIAG. AL ALTA:	
7. INTERVENCIÓN DESDE TRABAJO SOCIAL	

❖ CONTACTO PREVIO EN U.S.M: SI ☐ NO ☐

❖ CONTCTO PREVIO EN U.C.E: SI ☐ NO ☐

❖ CARÁCTER DEL INGRESO ACTUAL: VOLUNTARIO ☐ INVOLUNTARIO ☐

### DATOS DEMOGRÁFICOS

- ❖ SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☐
- ❖ EDAD: \_\_\_\_\_
- ❖ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_
- ❖ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_
- ❖ PROCENDENCIA SECTOR:
- ÁREA DE SALUD I: SECTOR DE BARBASTRO ☐  
SECTOR DE HUESCA ☐
  - ÁREA DE SALUD II: SECTOR DE ZARAGOZA II ☐
  - ÁREA DE SALUD III: SECTOR DE ZARAGOZA III ☐  
SECTOR DE CALATAYUD ☐
  - ÁREA DE SALUD IV: SECTOR DE ALCAÑIZ ☐  
SECTOR DE TERUEL ☐
  - ÁREA DE SALUD V: SECTOR ZARAGOZA I ☐

### SITUACIÓN DE CONVIVENCIA

ACOMPañADO DE FAMILIARES	
SOLOS	
INSTITUCIONES	
OTRAS FORMAS: PISO COMPARTIDO, PENSIÓN...	

### **DATOS LABORALES**

1. ACTIVO	
2. DESEMPLEADO	
3. TRABAJO EN EL HOGAR	
4. PENSIONISTAS	
5. JUBILADO	
6. NS/NC	

### **DATOS ECONÓMICOS**

1. ¿TIENE UN SALARIO?: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

1.1 En el caso de haber contestado “SI” a la pregunta 1, ¿Cuál es la cuantía? \_\_\_\_\_ €

2. ¿RECIBE ALGÚN TIPO DE PRESTACIÓN ECONÓMICA?

1. PRESTACIÓN	
2. NS/NC	



**2.2 En el caso de haber contestado que “SI” en el apartado 1, ¿Podría indicar de cuál se trata y la cuantía económica?**

❖ PRESTACION: \_\_\_\_\_

Cuantía de la prestación: \_\_\_\_\_ €

**DATOS SOCIALES**

		GRADO/ PORCENTAJE/ TIPO
DISCAPACIDAD		
INVALIDEZ		
DEPENDENCIA		
INCAPACIDAD		
NS/NC		

**DATOS FORMATIVOS**

1. SIN ESTUDIOS	
2. EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA	
3. FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA	
4. FORMACIÓN PROFESIONAL CICLO MEDIO	
5. FORMACIÓN PROFESIONAL CICLO SUPERIOR	
6. GRADO/DIPLOMATURA	
7. MASTER	
8. DOCTORADO	
9. NS/NC	

**ACCESO AL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL:**

- PACIENTE	
- FAMILIA DEL PACIENTE/ CUIDADOR O PERSONA DE REFERENCIA DEL PACIENTE.	
- LOS PROFESIONALES (POR INTERCONSULTA, POR INDICADORES DE RIESGO, ETC.).	

**PROFESIONAL QUE INSTA INTERVENCIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL**

1. PSIQUIATRA	
2. MÉDICO INTERNO RESIDENTE	
3. ENFERMERO/A	
4. AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
5. CELADOR	
6. PROPIO TRABAJADOR SOCIAL	

**ACTUACIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL**

<b><u>SERVICIOS DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO SOCIAL.</u></b>	
1. EXPLORACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR.	
2. DETECCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO PSICOSOCIAL.	
3. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN PERSONAL Y FAMILIAR.	
4. VALORACIÓN DE LOS INDICADORES DE RIESGO SOCIOFAMILIAR.	
5. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y PROBLEMAS SOCIALES.	
6. DETERMINACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL RELACIONADO CON LA SALUD.	

7. EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL: INTERACCIÓN ENTRE LA PERSONA Y SU ENTORNO INMEDIATO Y SU ENTORNO SOCIAL.	
8. COMPRENSIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA PERSONA Y FAMILIA, EL PROBLEMA PSICOSOCIAL EN INTERACCIÓN CON LA SALUD Y LOS FACTORES DE RIESGO VINCULADOS A LA VIVENCIA PERSONAL EN EL MARCO DE SU REALIDAD DE SALUD.	
9. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN DE LA PERSONA EN LA VERTIENTE SOCIAL Y PSICOSOCIAL, CON SUS NECESIDADES Y FORTALEZAS.	
10. JUICIO TÉCNICO PROFESIONAL Y DEFINICIÓN DE ACCIONES A REALIZAR ACORDADAS ESTAS, DE MANERA CONJUNTA CON EL PACIENTE Y/O FAMILIA, GRUPO CON LA COMUNIDAD.	
11.COORDINACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SIMULTANEA DE SERVICIOS Y RECURSOS SOCIO-SANITARIOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD.	

<b><u>INTERVENCIÓN SOCIAL</u></b>	
1. APOYO PSICOSOCIAL A PACIENTES Y FAMILIARES EN LA GESTIÓN DE LA VIDA COTIDIANA.	
2. DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE CARÁCTER SOCIAL O JURÍDICO, EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN O VULNERABILIDAD.	
3. POTENCIACIÓN DE LOS RECURSOS Y HABILIDADES PERSONALES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA, FOMENTANDO LA AUTORRESPONSABILIDAD EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.	
4. PROMOCIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES Y PSICOSOCIALES DEL PACIENTE/FAMILIA PARA QUE PUEDAN GESTIONAR LOS ACONTECIMIENTOS QUE SE ORIGINAN EN LA VIDA COTIDIANA.	
5. FOMENTO DE HABILIDADES SOCIALES EN LA COMUNIDAD PARA FAVORECER LA REHABILITACIÓN SOCIAL DEL PACIENTE EN SU ENTORNO.	
6. DESARROLLO DE LAS HABILIDADES PERSONALES SOCIALES Y PSICOSOCIALES DEL PACIENTE FAMILIA PARA QUE ESTOS PUEDAN GESTIONAR LOS ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA COTIDIANA ADVERSOS DE FORMA SALUDABLE.	

7. DESARROLLO DE HABILIDADES QUE EMPODEREN AL PACIENTE FAMILIA PARA LA GESTIÓN SALUDABLE DE LOS ACONTECIMIENTOS QUE SE LO QUE SEA ORIGINAN EN LA VIDA COTIDIANA EN LA PERSONA.	
8. APOYO PSICOSOCIAL AL PACIENTE/FAMILIA EN LA GESTIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES NO PATOLÓGICOS, QUE SE ORIGINAN EN LA VIDA COTIDIANA Y QUE CAUSEN ESTRÉS O BLOQUEAN A LA PERSONA.	
9. EMPODERAMIENTO PARA AFRONTAR Y RESOLVER CONFLICTOS PERSONALES Y FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE SALUD, DESDE LA SOCIO-TERAPIA.	

<b><u>SERVICIO DE CONSULTORÍA DEL CON PACIENTE/FAMILIA.</u></b>	
1. INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO SOBRE ASPECTOS SOCIALES DE LA VIDA COTIDIANA RELACIONADOS CON LA SALUD.	
2. INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO A PACIENTES Y FAMILIARES EN LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS SOCIALES RELACIONADAS CON LA SALUD.	
3. INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN YA ASESORAMIENTO A PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE EL APOYO SOCIAL INFORMAL, LA REORGANIZACIÓN DE LOS ROLES FAMILIARES, LAS ESTRATEGIAS PERSONALES Y FAMILIARES Y SOCIALES DE AFRONTAMIENTO EN TORNO A LOS CUIDADOS QUE SE PRECISA YA LA GESTIÓN DE LA VIDA COTIDIANA.	
4. INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO A PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE EL APOYO SOCIAL FORMAL DISPONIBLE EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DEL TERCER SECTOR.	
5. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE EL USO ADECUADO DE RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES.	
6. INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO A PACIENTES Y FAMILIARES EN SITUACIONES DE DEPENDENCIA E INCAPACIDAD PARA LA ASUNCIÓN DE LOS CUIDADOS ANTES DURANTE Y DESPUÉS AL ALTA HOSPITALARIA.	
7. INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y A ASESORAMIENTO SOBRE LAS VOLUNTADES Y LAS DECISIONES ANTICIPADAS.	
8. INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES CON RELACIÓN A LA SALUD.	
9. INFORMACIÓN ORIENTACIÓN YA ASESORAMIENTO SOBRE PROCEDIMIENTOS DE INCAPACITACIÓN LEGAL Y OTROS PROCESOS JURÍDICOS ASOCIADOS QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD.	
10. OTROS SERVICIOS DE CONSULTORÍA SOCIAL Y FAMILIAR.	

### **DERIVACIÓN DEL PACIENTE TRAS ALTA**

1. SERVICIOS SOCIAL GENERALES	
2. SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS	
3. SERVICIOS DE INICIATIVA SOCIAL	
4. SERVICIOS DE CARÁCTER PRIVADO	
5. T.S ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	
6. T.S UNIDAD DE SALUD MENTAL	
7. T.S SERVICIOS DE REHABILITACIÓN SALUD MENTAL	
8. OTROS SERVICIOS*	
9. NO NECESARIA DERIVACIÓN	

### **\*OTROS SERVICIOS**

---

---